

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

524

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles LEBRUN

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DE L'ABLATION
DU SAC LACRYMAL

TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET INDICATIONS

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

524

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

83

THE

OF THE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles LEBRUN

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DE L'ABLATION
DU SAC LACRYMAL

TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET INDICATIONS

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD MARFAN NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET GOSSET LEJARS HARTMANN DR LAPPERSONNE
Clinique chirurgicale	LEGUEU BAR COUVELAIRE BRINDEAU J.-L. FAURE
Clinique ophtalmologique	AUGUSTE BROCA
Clinique des maladies des voies urinaires.	VAQUEZ
Clinique d'accouchements	SEBILEAU
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile	
Clinique thérapeutique.	
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNE-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde
et filiale affection.*

A MES PARENTS

*Dont le docteur Moynac qui a
été mon premier Maître. Dès le
début de mes études médicales
c'est lui qui m'a donné les pre-
miers conseils et qui m'a fait
assister à la première opération*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur de LAPERSONNE

Qui a bien voulu nous permettre de publier quelques observations de son service. Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance.

DE L'ABLATION DU SAC LACRYMAL

Technique opératoire et Indications

INTRODUCTION

Durant notre stage d'externe dans le service de M. le Dr Monthus, nous avons eu l'occasion de voir évoluer un certain nombre de dacryocystites et d'assister à un grand nombre d'interventions pratiquées, dans ce service, par notre Maître M. Cerise ; aussi c'est avec plaisir que nous avons accepté ce sujet de thèse qu'il a bien voulu nous proposer. Grâce à lui et à l'amabilité avec laquelle M. le Dr Monthus nous a laissé toute liberté d'accès dans ses services, nous avons pu nous procurer les observations de l'hôpital Saint-Joseph et de la Pitié.

Nous tenons aussi à remercier M. le Dr Velter de l'aimable accueil qu'il nous a fait et de toutes les facilités qu'il nous a données pour étudier et collationner, à l'Hôtel-Dieu, ses nombreuses observations d'ablation du sac lacrymal, ainsi que des précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Qu'il nous soit permis, encore, d'exprimer ici à

M. le Professeur Duverger toute notre reconnaissance pour l'empressement qu'il a mis à nous faire parvenir un résumé de sa communication à la Société française d'Ophtalmologie de cette année.

Pratiquée dès 1724 par Platner, remise en honneur en 1862 par Magni et Gotti, l'ablation du sac prônée surtout par Berlin, en 1868, n'a guère obtenu que dernièrement, en France du moins, la faveur à laquelle elle a droit.

En 1902, M. le Dr E. Valude de Paris disait déjà, cependant, « je considère l'extirpation comme pouvant être préférée aux méthodes de conservation dans toutes les dacryocystites avec dilatation du sac » et, plus loin, « il peut bien subsister du larmoiement simple, mais ni plus ni moins qu'après les cathétérismes prolongés ou curettages ».

Dans cette étude, forcément restreinte, nous étudierons d'abord la technique de l'anesthésie, celle de l'opération. Puis, ayant décrit les incidents opératoires et les suites de l'intervention, nous en étudierons les indications pour, enfin, dans un rapide résumé, tirer les conclusions que nous inspire cette étude.

ANESTHÉSIE

Dès le début, il importe de dire que, actuellement :

1° Il ne doit plus exister qu'une seule façon de pratiquer l'extirpation du sac lacrymal, c'est de l'enlever *anatomiquement* et par conséquent *méthodiquement* ; que c'est seulement ainsi que l'on peut avoir *un sac intact depuis le dôme jusqu'au canal nasal* ;

2° Le *seul mode d'anesthésie* à employer est l'*anesthésie régionale* qui éclipse de loin, au point de vue efficacité, les autres procédés d'anesthésie locale : l'anesthésie par pulvérisation est le plus souvent inefficace et fait courir de sérieux dangers à l'œil. L'anesthésie par injections sous-cutanées présente le grand inconvénient de déformer beaucoup la région, d'être souvent très difficile, parfois impossible (l'aiguille ne pouvant passer entre le sac adhérent à l'unguis et à la branche montante du maxillaire supérieur).

On est donc ainsi appelé à pratiquer une série d'anesthésies au cours de l'opération, anesthésies qui rendront peu, vu l'écoulement sanguin.

Enfin, on ne saurait faire de comparaison entre

l'inocuité absolue de l'anesthésie régionale et les dangers de l'anesthésie générale, quelle que soit la bénignité de cette dernière entre des mains expérimentées.

Technique de l'anesthésie

Nous décrirons la méthode de M. Duverger qui « n'est qu'une variante de celle de M. Chevrier et Cantonnet » (C. Duverger). Cette méthode, la seule que nous ayons eu l'occasion de voir pratiquer, serait plus précise que celle de M. Seidel (1914) (C. Duverger).

Instruments

Une aiguille de 4 centimètres, fine et bien aiguisée.

3 centimètres cubes de solution de novocaïne à 4 o/o :

Novocaïne huit centigrammes

Adrénaline au millièrne. . deux gouttes

Eau distillée. 2 cmc.

En ampoules stérilisées :

Une seringue de 2 centimètres cubes.

Temps de l'anesthésie

1° *Nerf nasal externe.* — Avec l'index de la main gauche, repérer la poulie du grand oblique, facile à sentir à environ 1 centimètre de profondeur, dans l'angle supéro-interne de l'orbite.

Enfoncer l'aiguille au-dessous de la poulie.

Dès que la peau est traversée, pousser l'aiguille en la *faisant précéder toujours d'un peu de liquide*. L'enfoncer *lentement et directement en arrière* en ayant soin de toujours maintenir le contact avec la paroi osseuse. S'arrêter lorsque le canon de l'aiguille dépasse l'arcade sourcilière de un demicentimètre environ.

Une aiguille de 2 cm. 5 est suffisante, mais l'on est alors souvent gêné par le rebord orbitaire si celui-ci est proéminent.

2° *Nerf sous-orbitaire*. — *Ce temps est de l'avis unanime le plus délicat*. On sait, en effet, que le sac est innervé non seulement par le nasal externe et les branches superficielles du sous-orbitaire, mais encore, à sa partie tout inférieure, par le nerf dentaire inférieur nerf sensitif du canal nasal.

Ce nerf naissant à 5 ou 6 millimètres de l'orifice antérieur du canal sous-orbitaire, il importe de pénétrer dans le canal pour obtenir son anesthésie. On comprend donc l'importance de la recherche du trou sous-orbitaire si l'on veut éviter au malade la douleur qui accompagnerait sûrement la fin de l'opération.

On suivra point par point les conseils de MM. Chevrrier et Duverger :

a) Ayant dit au malade de serrer les dents, marquer de l'index le point où le masseter commence à s'insérer sur la pommette. Enfoncer l'aiguille un peu en dedans du milieu de la ligne unissant ce point au

sillon qui marque la limite supérieure de l'aile du nez. Il sera bon de vérifier si l'on se trouve bien à l'intersection de la verticale abaissée de l'échancrure sus-orbitaire avec l'horizontale menée tangentielle-ment au point le plus élevé de la ligne courbe qui limite le lobule du nez (repère donné par M. Raphaël Rubbrecht).

b) Pousser l'aiguille en haut, en arrière et en dehors suivant l'orientation du canal. M. Duverger procède comme suit : « Dans le sens transversal, dit-il, l'aiguille est inclinée de telle façon que sa direction, ou l'axe de la seringue qui la prolonge, vienne couper la moitié de la bouche. Dans le sens antéro-postérieur, son inclinaison doit être telle qu'elle fasse avec les tissus un angle que j'évalue à 20 degrés en moyenne; en pratique, j'estime à l'épaisseur d'un doigt la distance qui doit séparer la seringue de la lèvre supérieure, sur la ligne médiane. »

Avec cette orientation, on pénétrera le plus souvent, parfois même directement, dans le canal sous-orbitaire.

Il suffit d'injecter 1 centimètre cube de la solution à 4 o/o pour obtenir en dix ou quinze minutes une anesthésie parfaite.

Si l'on ne peut pénétrer dans le trou sous-orbitaire on se contentera d'infiltrer avec grand soin son pourtour et surtout son bord supéro-interne. Comme on l'a dit : « Quand on ne peut tirer à balle, on tire à

plombs. » L'anesthésie quoique moins parfaite reste encore satisfaisante.

Ce mode d'anesthésie ne comporte aucun danger. Les statistiques des services de MM. de Lapersonne et Monthus ; celles particulières de MM. Cerise et Velter sont toutes vierges d'accident même léger. Ce fait n'est guère surprenant, malgré la proximité des centres nerveux et la rapidité d'absorption, si l'on songe que, même pour obtenir l'anesthésie de toute la région orbitaire, il suffit d'injecter 4 à 5 centimètres cubes de solution soit 0 gr. 20 de novocaïne. Pour l'ablation du sac on n'emploie le plus souvent que 1 cmc. 5 par injection soit 3 centimètres cubes en tout, 0 gr. 12 de novocaïne.

On ne saurait non plus craindre de blesser un organe important au cours de l'anesthésie du nasal externe puisqu'il n'en existe pas entre le cône musculaire et la paroi orbitaire. L'aiguille cheminant constamment en contact de l'os ne peut donc causer aucun dégât. Le seul incident, sans gravité d'ailleurs, que l'on peut rencontrer c'est l'hématome. Nous l'étudions au chapitre incidents opératoires.

Au point de vue d'efficacité, l'anesthésie obtenue est si parfaite qu'elle permet non seulement l'extirpation du sac dans sa loge, mais encore celle des sacs adhérents, fistulisés, tuberculeux avec ou sans lésions osseuses ou cutanées. C'est ainsi que sur les 48 ablations de sac pratiquées à l'Hôtel-Dieu du 3 février 1920 au 12 mai 1921 dans le service de M. le professeur de Lapersonne on ne relève aucun

autre mode d'anesthésie. Un point, cependant, est encore à signaler : si l'on veut obtenir une insensibilité parfaite il importe, outre d'être très méthodique, de savoir attendre assez longtemps (15 à 20 minutes) avant de commencer l'opération. Ceci est absolument nécessaire si l'on veut pouvoir aller lentement durant le temps si délicat de la dissection du sac. L'anesthésie obtenue dure alors une demi-heure à trois quarts d'heure permettant ainsi largement de pratiquer l'exérèse du sac.

Technique opératoire

Soins préliminaires. — Est-il nécessaire, comme le font certains opérateurs, d'injecter dans le sac de la paraffine ou un autre produit solidifiable, de mettre une sonde ou d'employer tout autre procédé ayant pour but de faciliter la recherche du sac au cours de l'intervention ? Nous ne le pensons pas, n'ayant jamais vu employer ces procédés dans les divers services que nous avons déjà cités. Le sac malade se trouve facilement, le plus souvent, et il est toujours aisé en cours d'intervention de pratiquer un cathétérisme, si l'obligation s'en présente.

De même, toutes les interventions auxquelles nous avons pu assister quoique faites sans l'application de rondelle mouillée sur les paupières, n'ont déterminé aucune lésion cornéenne, même bénigne.

Instruments

Un bon outillage est nécessaire :

a) Ecarteurs : celui d'Axenfeld suffit toujours.

b) Bistouris : le bistouri doit être trapu et solide.

Il sera bon, pour ménager ses instruments, d'en avoir deux à sa disposition :

Un très bon, coupant bien, pour faire l'incision cutanée.

Un déjà usagé pour disséquer le sac car ce temps opératoire, se passant au contact de l'os, détériore considérablement le bistouri.

c) Une petite rugine. La rugine carrée de Rollet est excellente.

d) Une paire de ciseaux droits.

Une paire de ciseaux courbes.

e) Des pinces hémostatiques.

f) Une sonde cannelée.

g) Un miroir frontal (miroir de Clar) ou un photophore.

PREMIER TEMPS. — *Incision de la peau.* — *C'est là un des points les plus importants de l'opération.*

Plusieurs procédés sont encore en usage. Nous décrirons en détail celui que nous avons vu employer par MM. Cerise et Velter et qui leur donne toujours d'excellents résultats.

Ayant repéré avec l'index de la main gauche le tendon de l'orbiculaire, on fait débiter l'incision à 3 millimètres en dedans l'angle interne de l'œil (afin d'éviter, autant que possible, la veine angulaire) et,

en hauteur, au plus à 1 mm. 1/2 au dessus du ligament palpébral. Il est inutile de remonter plus haut le sac ne dépassant guère de plus de 1 millimètre le ligament latéral interne.

De ce point, l'incision descendra en bas et en dehors, en suivant le rebord orbitaire. Sa longueur doit atteindre 10 à 12 millimètres afin de dégager largement le pôle inférieur du sac lacrymal.

Cette longueur est nécessaire, au besoin on l'allongera, car il est des plus importants de bien voir l'extrémité inférieure du sac pour en assurer l'ablation complète et basse.

Outre l'avantage de travailler à ciel ouvert jusqu'à l'orifice d'entrée du canal nasal, cette incision présente encore celui de donner la cicatrice la moins visible, même en cas de réunion par seconde intention. On conçoit, en effet, que, placée dans le repli formé par la peau au niveau du rebord orbitaire, elle sera toujours moins accessible à la vue que si elle se trouvait située au niveau de la surface plane que suit l'incision classique.

Cette incision est plus étendue que celle de M. Valude qui, d'ailleurs, sectionne en une fois la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le périoste jusqu'à l'os.

M. Terrien suit la bissectrice de l'angle formé par la pointe du nez, la racine du nez et le rebord supéro-externe de l'orbite.

M. Rollet débute plus bas, dans la moitié du bord inférieur du ligament palpébral interne, puis descend

perpendiculairement pour, enfin, se diriger vers le côté externe, en décrivant une courbe parallèle à la crête de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

M. Collin conseille une incision verticale droite de 2 centimètres commençant à 2 millimètres au dessus du tendon et passant à 2 millimètres en dedans de la commissure interne.

DEUXIÈME TEMPS. — *Section de l'orbiculaire et dissection du sac.* — Ayant placé les écarteurs, il faut repérer le tendon de l'orbiculaire que l'on sectionnera au niveau où l'on a fait l'incision cutanée. Il est indispensable de pratiquer cette section en un point assez éloigné de l'insertion osseuse, la suture du tendon étant, comme nous le verrons, indispensable pour éviter les déformations de la fente palpébrale, l'abaissement de son angle interne.

S'il n'y a pas eu de péricystite, la loge fibreuse qui recouvre le sac apparaît. Comme l'a dit M. Duverger, cette loge est constituée par un véritable dédoublement du périoste recouvrant le sac. Cette conception paraît éminemment juste. Ne rencontre-t-on pas assez souvent, en effet, chez l'homme, une portion de cette membrane ossifiée dans la lame de Robin et Cadiat disposition normale chez certains animaux et qu'on appelle l'hamule.

Pour ouvrir la loge, on l'incisera au bistouri en dedans du sac, le long de la crête de la branche montante du maxillaire supérieur. En cas de péricystite, ou de loge peu visible, on attaquera le périoste à

2 millimètres au-dessous de l'insertion osseuse du tendon direct de l'orbiculaire.

Après avoir dégagé la partie interne du sac, on continuera la dissection de dedans en dehors et en haut de façon à libérer le pôle supérieur. Cette dissection sera facile à l'extrême lorsqu'il sera loisible de saisir avec de grosses pinces, ou une petite pince à forcipressure la masse ainsi libérée. Quelques coups de bistouri dégageront la face externe, sectionneront les deux canalicules et l'on descendra, ainsi, jusque dans le canal nasal le plus loin possible.

Parfois, quand il y a eu des poussées de périécystite, des interventions (incision d'un phlegmon, incision des points lacrymaux, Stilling), il est difficile de trouver son plan de clivage.

Un procédé commode et simple consiste, alors, à commencer par le pôle inférieur que l'on trouvera facilement par une incision prolongée en bas. Le trou sous-orbitaire est facile à trouver (il pourra servir de repère) et, en pinçant en masse au ras du canal nasal, toute la masse du sac qui s'y engage : on fera la dissection de bas en haut.

Pour terminer l'opération, on pratiquera une cautérisation des points lacrymaux à l'aide d'une pointe fine de galvano-cautère. On nettoiera soigneusement la loge, dans les cas d'ablation du sac dans sa loge. Si au contraire on n'a pas pu trouver le plan de clivage par suite des adhérences (poussées anciennes de périécystite, phlegmon, etc.) on aura été obligé de pratiquer l'ablation du sac avec sa loge et alors, on

fera un curettage soigné de la région sacculaire jusqu'à l'os qui doit apparaître absolument net. Ceci est surtout utile dans le cas d'infection prononcée.

Certains auteurs préconisent une cautérisation énergique de toute la région opérée, cautérisation au thermo, ou galvano-cautère. C'est là une pratique inutile et malfaisante, car on produit ainsi des eschares qui devront être éliminées et empêcheront la réunion par première intention. Nous considérons que, si la cautérisation a été indispensable, il vaut mieux panser à plat. Les résultats esthétiques sont, cependant, infiniment moins bons.

On n'aura donc pas à le faire si, comme nous l'avons toujours vu, *le sac a été enlevé entier, complet, présentant encore ses deux canalicules*. On n'aura, alors, qu'à pratiquer un curettage soigneux de l'orifice du canal nasal suivi d'une pointe de feu légère sur cet orifice.

L'opération est alors terminée. Il ne reste plus qu'à fermer la plaie. Le pansement à plat est actuellement à peu près abandonné. Il est inutile de faire durer des semaines ce qui peut être guéri en cinq jours. On ne l'emploie plus que dans quelques circonstances très rares : dacryocystites gangréneuses, ostéites, lupus nasal, etc.

TROISIÈME TEMPS. — *Suture du tendon et de la peau.* — Si l'on veut obtenir un bon résultat esthétique, il est nécessaire de prendre bien soin de la ligature du tendon de l'orbiculaire. Après guérison, en effet, l'angle interne a toujours tendance à s'abaisser. Le seul

moyen que l'on ait pour lutter contre cet abaissement consiste à relever le plus possible cet angle interne de la fente palpébrale. Pour cela, par une suture en U prenant à la fois les deux lèvres de la plaie et les deux portions du tendon, suture serrée, on accolera les deux surfaces tendineuses.

On terminera, pour la suture de la plaie cutanée, par une série de points rapprochés, faits avec du fil très fin, monté sur aiguille très fine et en ajustant exactement les bords. On pensera toujours à relever le plus possible la tranche externe de l'incision.

Il est prudent, surtout si l'on redoute une hémorragie secondaire, d'assurer un drainage de vingt-quatre heures à l'aide de quelques crins fins, glissés sous la suture.

On terminera toujours par un pansement légèrement compressif. Telle est la marche de l'opération type, celle que l'on doit toujours s'efforcer de pratiquer. Il peut se produire quelques incidents au cours des différents temps de l'intervention, incidents que nous allons passer en revue.

INCIDENTS OPÉRATOIRES

Anesthésie. — Comme nous l'avons dit, en faisant la piqure pour insensibiliser la région innervée par le nerf nasal externe, on peut voir se produire brusquement un hématome. C'est un accident fort rare, si l'on a soin de suivre les règles que nous avons décrites. M. Duverger lui reconnaît une fréquence de 1 cas sur 20 ou 30 anesthésies. M. Cerise en relève 2 cas sur les 35 dernières interventions (cas que l'on retrouvera dans les observations). Depuis qu'il fait précéder l'aiguille d'un peu de liquide, en pressant sur le piston de la seringue au fur et à mesure qu'il la fait avancer (comme nous le conseillons dans notre exposé technique) il n'a plus jamais eu d'hématome. Il conseille, pour diminuer la dose de novocaïne injectée, de se servir d'abord d'une solution au centième, puis, la pénétration de l'aiguille étant achevée, d'injecter, alors seulement, la solution à 4 o/o destinée à produire l'anesthésie.

Enfin M. Yeller, sur environ deux cents anesthésies, n'a eu que trois cas d'hématome.

Cet accident est plus ennuyeux que grave, d'ailleurs, puisqu'il disparaît seul, sans complication,

sous la pression d'un pansement compressif. Son principal inconvénient est de retarder l'intervention si, contrairement au principe de M. Duverger, on n'opère pas le jour même. On remettra l'intervention à trois semaines environ. Les cas que nous connaissons d'hématome orbitaire n'ont pas eu de récidence à la seconde anesthésie.

L'anesthésie une fois terminée sans incident, si elle a été pratiquée méthodiquement, et si l'on a attendu suffisamment, il est bien rare que l'insensibilité ne soit pas parfaite. Parfois, cependant, il sera nécessaire de faire une injection sous-cutanée de barrage, sur la ligne médiane du nez, pour atteindre les filets nerveux venant du nasal du côté opposé.

La légère diplopie et la mydriase, constatées parfois, peuvent subsister quelques heures après l'intervention, mais disparaissent seules et complètement. Il semble qu'on les rencontre surtout quand on a un peu trop enfoncé l'aiguille.

Incision. — Au cours du premier temps opératoire, on peut voir survenir une hémorragie. C'est d'ailleurs un fait rare, surtout si l'incision est bien placée.

Cette *hémorragie* peut être *artérielle* et cède, alors rapidement à une compression de quelques minutes.

L'hémorragie veineuse est plus ennuyeuse, plus gênante mais elle s'arrête, le plus souvent, dès que l'on a placé les écarteurs.

Dissection du sac. — La dissection du sac peut être gênée par une hémorragie assez abondante due

aux lésions du plexus veineux du sac. Elle se produit surtout, quand on arrive au pôle inférieur du sac lacrymal. Cependant, si l'anesthésie a été bien faite et si la solution injectée contient assez d'adrénaline, il est bien rare que le sang devienne une gêne opératoire sérieuse.

Suites opératoires

D'après les observations que nous avons eues en main et dont nous publions quelques-unes, en moyenne du quatrième au sixième jour, on enlève les fils. Quinze jours après, la cicatrice n'est plus visible qu'à un examen attentif. Il est, en effet, des plus importants d'enlever les fils de bonne heure, au point de vue esthétique.

Parfois il se produit une petite fistule lacrymale donnant issue aux larmes et quelquefois même s'accompagnant d'un gonflement léger de la région du sac ; c'est la sécrétion séreuse.

On voit ainsi toute l'utilité de la cautérisation au galvanocautère des point lacrymaux pour en assurer l'oblitération et la nécessité de tenir un pansement légèrement compressif assez longtemps pour permettre à la cavité créée de se combler complètement. Physiologiquement, d'ailleurs, on sait qu'un œil fermé et bandé ne pleure pas. Cependant, certains opérateurs préfèrent cesser tout pansement, dès que les fils cutanés ont été retirés.

Une complication plus ennuyeuse est l'hématome

secondaire. Celui-ci est surtout fréquent si l'on n'a pas détergé à fond, et avec le plus grand soin, la loge du sac. Cet hématome est, en général, peu important ; parfois, cependant, il peut être assez abondant pour mettre en péril la solidité des sutures. Dans ces cas, il ne reste plus qu'à rouvrir pour enlever les caillots de la loge sacculaire. On terminera l'intervention par un pansement à plat. On fera cependant l'impossible pour conserver le point supérieur dont l'importance esthétique est de premier ordre ; c'est lui qui remonte l'angle interne et empêche son abaissement ultérieur.

L'infection secondaire n'existe pour ainsi dire jamais. Parfois, très rarement, on voit, après une réunion rapide, une guérison qui paraît devoir être complète, la région du sac devenir rougeâtre. Il y a un gonflement local, un peu de douleur et, en somme, tous les signes d'une périocyste très localisée. Dans ce cas, s'il n'y a pas de cause évidente, comme dans les gros traumatismes faciaux ayant occasionné des fractures des os du nez, de l'unguis, du maxillaire supérieur, cas dans lesquels il y a souvent des clapiers sous des esquilles mobiles, on peut dire qu'il y a toujours eu faute opératoire et que le sac n'a pas été enlevé complètement. Il faudra, alors, opérer de nouveau et l'on aura toute chance de retrouver le corps du délit du côté du dôme lacrymal.

Chaque fois que ces rappels d'infection peuvent être craints, chaque fois, c'est-à-dire, qu'il a fallu s'attaquer au squelette ou que les parties osseuses ont

été fracturées, par balle, coup de pied de cheval, etc., on ne devra pas chercher la fermeture par première intention, mais il faudra panser à plat. Dans ce cas on veillera à ce que la plaie se ferme par le fond ; on maintiendra une mèche qui devra être repoussée par la cicatrisation. Il est souvent difficile d'arriver à ce résultat. Si les lèvres de la plaie tendent à se refermer trop vite, il ne faut pas craindre d'ouvrir à nouveau et précocement avec la sonde cannelée, si celle-ci suffit. On pourra avec avantage toucher, chaque jour, le fond de la plaie avec une solution de nitrate d'argent à 2 o/o.

En résumé si l'on emploie la division de M. Duverger :

Extirpation du sac dans sa loge ; extirpation du sac avec sa loge ; extirpation des sacs tuberculeux fistulisés à lésions osseuses ; dans les deux premiers cas, on suturera et on obtiendra aussi toujours une réunion par première intention dans la troisième, i sera prudent de panser à plat.

Suites opératoires tardives

Larmolement. — Si l'intervention a été complète, le larmolement, assez abondant durant deux à trois mois, devient insignifiant au bout de quatre à cinq mois. Les malades ne s'en plaignent pas. C'est tout au plus s'ils présentent une légère exagération de la sécrétion lacrymale le matin au réveil, ou quand ils marchent contre le vent. Leurs yeux ne sont plus

collés le matin, l'absence de mucosités leur permet de reprendre une vie normale car ils n'éprouvent plus de troubles de la vue.

Cette disparition de la sécrétion lacrymale relève-t-elle du manque d'irritation, d'un réflexe inhibiteur, d'une atrophie secondaire de la glande lacrymale ou de tout autre cause ? la question n'est pas encore tranchée ; mais le fait essentiel reste-là : l'opération enlève, au malade, cette incommodité.

Au point de vue *esthétique* enfin : c'est tout au plus si l'on aperçoit, à un examen très attentif, une légère dépression au niveau de la région du sac. La cicatrice n'est pour ainsi dire pas visible, même de très près. On peut noter un très léger abaissement de l'angle interne de l'œil. Il sera d'autant moins visible que la suture du tendon aura été mieux faite et plus haut. Aussi quand, par erreur, on aura sectionné le tendon trop près de son insertion osseuse pour pouvoir le suturer bout à bout, il faudra remonter sa portion externe aussi haut que possible, par suture haute sur la région orbitaire interne. Le procédé opératoire de M. Duhamel présente, à ce point de vue, un grand avantage car il respecte l'orbiculaire. Cet avantage ne nous semble pas suffisant pour recommander cette méthode où l'on opère sans bien voir, surtout le pôle inférieur du sac. La méthode que nous avons décrite, au contraire, permet de s'assurer que la loge est bien détergée et donne toute satisfaction aux patients, comme le montrent les observations suivantes.

Le larmolement ne gênera que très rarement les anciens opérés. On a proposé, pour y remédier, l'ablation de la glande lacrymale. Nous ne croyons pas que le bénéfice tout à fait incertain de cette intervention (incertain surtout du fait que les opérateurs enlèvent d'ordinaire la glande accessoire, quand, anatomiquement du moins, on devrait toujours commencer par la glande orbitaire) que ce bénéfice douteux, permette de faire courir au malade les risques des gros inconvénients qui peuvent suivre cette ablation : sensation de cuisson, de sécheresse de l'œil, irritation sous toutes influences, etc.

OBSERVATIONS

Sur les 24 malades opérés soit à l'hôpital Saint-Joseph, soit à la Pitié, à qui nous avons écrit leur demandant de se présenter à la consultation s'ils désiraient obtenir une amélioration dans leur état, 6 seulement ont répondu à notre appel. Nous pouvons donc les considérer comme représentant les cas les moins favorables. Voici, résumés, leurs observations et leur état à la date du 30 avril dernier.

OBSERVATION I

Mme B..., opérée le 1^{er} décembre 1919 de dacryocystite O. G. n'avait subi aucun traitement avant l'intervention. On ne voit plus trace de cicatrice, le larmolement est absolument insignifiant. A un examen attentif, on remarque un abaissement de l'angle interne. (Il nous a été impossible de retrouver son observation.)

OBSERVATION II

Mme C..., 38 ans. O. G., pleurait depuis très longtemps, puis a fait successivement trois abcès : Le premier en

mars 1920 ; le deuxième en fin mai ; le troisième le 6 juillet. Depuis son premier abcès elle a été traitée par des compresses chaudes, durant la phase aiguë, puis par des lavages, des sondages pratiqués deux fois par semaine.

Le 6 juillet 1920, la malade est opérée en plein abcès ; on draine largement et elle sort guérie, fin juillet.

Lorsque nous l'avons revue la malade présentait une petite cicatrice, un larmolement encore assez abondant surtout le matin, mais ayant nettement, aux dires de la malade, tendance à disparaître. On ne note aucun symptôme d'infection.

OBSERVATION III

Mme S..., 59 ans. Cette malade a gardé une suppuration des voies lacrymales O. G. durant deux ans. A l'hôpital, après avoir essayé durant quatre mois le traitement classique par sondages, lavages, cathétérismes, on se décide à l'opérer le 20 juillet.

Actuellement, la malade pleure un peu le matin, ou quand elle marche contre le vent. La cicatrice est très peu visible, l'angle interne est légèrement abaissé.

OBSERVATION IV

Mlle V. P.... Venue dans le service pour ulcère cornéen O. G. avec infection des voies lacrymales, cette malade a été opérée le 15 décembre dernier sans avoir subi de traitement. On ne voit plus trace de cicatrice cutanée. L'œil ne pleure plus. On note une cicatrice cornéenne vers 9 heures.

OBSERVATION V

Mme P..., venue à l'hôpital pour dacryocystite de l'O. D. ayant résisté au traitement, a fait un hématome lors de la tentative d'intervention du 25 décembre 1920 qui a fait retarder l'opération. On l'opère le 22 janvier 1921 sans difficulté et sans incident.

Actuellement, c'est tout au plus si l'on note un léger larmolement surtout le matin. L'angle interne est légèrement abaissé.

OBSERVATION VI

Mme B..., opérée pour dacryocystite de O. G. a présenté, également, un hématome le 18 mars 1921 qui fait retarder l'intervention jusqu'au 18 avril. Ni incident, ni difficulté opératoire spéciale.

Actuellement, légère exagération de l'écoulement de larmes ne gênant pas la malade. Le larmolement diminue d'ailleurs.

Chez toutes ces malades, les suites opératoires ont été normales : ablation des fils entre quatre et six jours, guérison en dix à quinze jours.

Observations du service de M. le Professeur de Lapersonne à l'Hôtel-Dieu

Comme nous l'avons déjà dit nous avons pu étudier les 48 ablations de sac pratiquées dans ce service

du 3 janvier 1920 au 12 mai 1921. Sur ce nombre, 9 ont été pratiquées comme opération préliminaire à l'ablation de cataracte. Nous publions les 4 observations suivantes qui nous semblent intéressantes soit pour la cause qui a déterminé l'intervention, soit par les suites opératoires.

OBSERVATION I

M. P..., 32 ans, entré le 2 février 1920.

Blessé le 23 juillet 1916 par éclat d'obus intra-oculaire. O. G. ayant nécessité l'énucléation. Le malade porte une pièce et se plaint de souffrir de la région du sac. Ses paupières sont collées le matin.

Les voies lacrymales n'étant pas perméables on pratique l'ablation du sac le 3 février.

Les 5 et 6 février on refait le pansement.

Le 7, ablation des fils.

Le 14, la pièce est bien tolérée.

Revu le 12 mai, pas de suppuration, bon état.

OBSERVATION II

M. L..., 83 ans. Entre dans le service le 19 février 1920.

O. G. cataracte avec voies lacrymales imperméables.

Le 26 février, ablation du sac. O. G. suture de la peau.

Le 1^{er} mars, suppuration abondante.

Le 3 mars, amélioration.

Le 9 mars, cicatrice solide.

OBSERVATION III

M. F A. ..., 76 ans. Entré le 19 janvier 1918.

Piqué par une mouche, il y a 6 ans, près de l'angle interne par l'œil droit.

Deux jours après, le malade présentait une grosseur rouge, douloureuse au niveau de la piqûre. Cet abcès a été incisé à Lariboisière. Trois semaines après, le malade a quitté l'hôpital.

Pendant plus de trois ans, il n'a plus rien ressenti et se croyait guéri, lorsque, il y a deux ans, la grosseur de l'angle interne de l'œil a reparu et, depuis, elle grossit progressivement.

Etat actuel : Grosseur du volume d'une grosse noisette située à l'angle interne de l'O. D. ne dépassant presque pas le ligament palpébral interne Cette tumeur est fluctuante et donne à la pression une grande quantité de pus.

Sans verre : V. O. D. = 0,4 ; V. O. G. = 0,8.

Les verres convexes n'améliorent pas.

29 janvier 1918. — O. D. ablation du mucocèle.

31 janvier 1918. — Gros hématome de la région opérée et des paupières avec tuméfaction.

OBSERVATION IV

M. B. E..., 17 ans. Entré le 9 juin 1920.

Depuis deux ans présente du larmolement quand il est exposé au vent. En même temps il accuse une sensation de brûlures lancinantes et de tension au niveau du sac.

De temps en temps la région du sac enflait ce qui coïn-

cidait avec une augmentation de la douleur. Par pression sur l'angle interne le malade faisait sourdre du pus.

Etat actuel : O. D. bords palpébraux : cils agglutinés, blépharite.

Légère rougeur conjonctivale.

Région du sac rouge tendue enflammée.

La pression ne donne pas de pus.

Voies lacrymales perméables.

$V = 0,5$.

Le 20 juillet 1920, sac adhérent, extraction par morcellement.

Ces observations s'arrêtant là, nous pensons que les suites opératoires ont été normales.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Vu l'innocuité absolue de l'intervention, et ses résultats opératoires parfaits, nous estimons que cette opération doit être employée plus couramment et surtout plus tôt qu'on ne le fait d'ordinaire.

On ne peut comparer, en effet, la guérison ainsi obtenue (guérison définitive et durable) aux cathétérismes et lavages indéfiniment prolongés, ni au cathétérisme à demeure préconisé par M. Vacher et obtenu à l'aide de crins laissés en place pendant des années.

Comme intervention opératoire, nous préférons l'ablation totale du sac ne voyant pas nettement l'avantage de la sarco-rhinostomie préconisée par M. Trantas au dernier Congrès d'Ophthalmologie. Cette intervention, plus compliquée, ne semble pas assurer la perméabilité des voies lacrymales puisque la fluorescéine ne passe pas. Quant à l'intervention de M. Dupuis-Dutemps (suture de la muqueuse du sac à la muqueuse pituitaire) nous ne la citerons que pour mémoire n'ayant jamais eu l'occasion de la voir pratiquer.

En dehors des cas où la question d'intervention ne se pose pas, les lavages, cathétérismes, etc., en assurant la guérison (voir le rapport de M. H. Villard au dernier Congrès d'Ophthalmologie) il importe de distinguer deux catégories de malades : ceux qui sont soigneux de leur personne et ceux qui ne le sont pas, ou que leurs occupations empêchent de se soigner régulièrement. C'est ce qui explique que, dans la pratique privée, les indications d'opérer sont moins fréquentes que dans la pratique hospitalière.

Dans le premier cas, en effet, il est rare que l'on ait à enlever un sac, à part les cas de tuberculose, de lésion osseuse ou nasale. Ces malades viennent se faire soigner avant tout début de mucocèle, ou de dilatation du sac.

Dans le second cas, au contraire, il s'agit souvent de malades qui, avant de venir consulter, ont attendu d'avoir un mucocèle gênant et même, un refoulement abondant. Il n'est pas rare même, de voir l'affection arrivée déjà à la phase de périocyste, de phlegmon, etc., lors de la première consultation.

Y a-t-il avantage, alors à attendre longtemps avant d'intervenir ?

Il est certain que, s'il s'agit de dacryocyste aiguë on emploiera le traitement courant : lavages, lavages rétrogrades, nitrate d'argent, au besoin sondages, en se rappelant, toutefois, qu'il faut éviter de traumatiser la muqueuse, donc, s'abstenir des sondes fines, n'employer que les grosses sondes. Ce traitement a, en effet, de très grandes chances de réussir.

La question de l'intervention se pose plus nettement dans tous les cas de lésions chroniques. C'est surtout ici qu'intervient la distinction que nous faisons plus haut. On s'inspirera, surtout, de l'avantage du malade, en tenant grand compte de sa condition sociale qui lui permet une plus ou moins grande perte de temps.

C'est ainsi que, dans la pratique hospitalière, ou similaire, on ne fera pas plus de un mois à deux mois de traitement, dans tous les cas de dacryocystite chronique avec dilatation et refoulement plus ou moins abondant. Plus le refoulement sera abondant ou rebelle au traitement, plus l'intervention sera précoce.

Les malades aisés, plus coquets de leur personne, craignent toujours une intervention faciale. Ils n'accepteront que rarement une ablation du sac, à moins qu'ils n'y soient forcés par des accidents à répétition. C'est dans ces cas, qu'on pourra recourir soit au Stilling, soit à la stricturotomie et à la méthode des grosses sondes. Il faudra, dans les deux cas, bien prévenir les patients que l'intervention n'est pas curative et qu'ils auront encore à revoir leur oculiste pendant de longues années, plus ou moins souvent et plus ou moins régulièrement.

Si l'infection lacrymale s'accompagne de lésions chroniques et rebelles des paupières, de la conjonctive, ou si elle s'accompagne de kératite, on interviendra rapidement. L'existence d'un ulcère à hypopion nécessite une opération d'urgence.

Au cours de cette étude, nous avons eu l'occasion de parler de l'ablation du sac, opération préliminaire à toute intervention portant sur le globe oculaire (cataracte, iridectomie, tatouage, etc.) chez tout malade présentant une infection, même légère, des voies lacrymales. Rappelons, encore, que c'est surtout dans ces cas qu'il faudra cautériser au galvanocautère les points lacrymaux, suivant le conseil de MM. Duverger et Velter.

Signalons, pour terminer, l'indication d'ordre militaire que nous relevons dans le rapport de M. H. Villard de cette année : l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire portant que « l'épiphora très prononcé, la dacryocystite suppurée et la fistule lacrymale peuvent justifier l'ajournement ou la réforme » l'auteur conseille une opération précoce permettant la récupération rapide des jeunes gens.

En résumé, il faut se rappeler l'innocuité de l'ablation du sac et les excellents résultats qu'elle donne, afin de diminuer les pertes de journées de travail chez les ouvriers, employés et, en général, toute personne dont, seul, un travail suivi peut assurer l'existence.

CONCLUSIONS

I. Anesthésie : la seule à employer actuellement est l'anesthésie régionale qui, si elle a été pratiquée en suivant une technique précise et si l'on attend quinze à vingt minutes, donne une insensibilité parfaite.

II. Comme incident opératoire, il n'y a guère à signaler que l'hématome qui peut se produire au moment où l'on fait l'anesthésie. Son seul inconvénient est de faire remettre l'opération à plus tard si l'on ne suit pas le conseil de M. Duverger.

III. Technique opératoire : rappelons qu'il faut toujours pratiquer un curettage soigneux de la loge du sac et, au moment de la suture du tendon de l'orbiculaire, qu'il faut le remonter très haut pour éviter l'abaissement ultérieur de l'angle interne de la fente palpébrale.

IV. Les suites opératoires sont ordinairement très simples. Grâce à la suture immédiate, on obtient une réunion par première intention sans cicatrice visible.

Le résultat opératoire est des plus satisfaisants. Dans tous les cas que nous avons étudiés, le larmolement a presque disparu, les malades n'en sont plus gênés.

V. Les récidives, sauf dans les cas de lésions

osseuses, ou de grand délabrement traumatique, sont toujours dues à une faute opératoire : il reste un débris de sac.

VI. Indications opératoires : Il importe de distinguer :

1° *Les indications opératoires formelles.* — C'est le cas toutes les fois que l'on aura à tenter une intervention intra-oculaire chez un sujet présentant un sac en mauvais état avec mucus et refoulement.

L'ulcère à hypopion grave, lorsque la cornée est menacée, nécessite une intervention d'urgence.

2° Les cas de *dacryocystite chronique* avec refoulement muqueux ou muco-purulent ; les poussées de *dacryocystite réchauffée* ou de *péricystite* :

Ici encore l'indication opératoire est l'ablation du sac. Mais, tandis qu'elle est obligatoire chez l'ouvrier et dans toute classe sociale vivant de son travail journalier et ne pouvant, par suite, perdre des journées, ou demi-journées de salaire dans la classe aisée, qui, d'ailleurs présente rarement des infections graves, car ces malades se font soigner dès le début, on pourra attendre et recourir au débridement large des points lacrymaux et aux méthodes de conservation des voies lacrymales.

Le Président de la thèse,
De LAPERSONNE

Le Doyen,
G. H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Achard et Leblanc.* — Dacryoadénite tuberculeuse avec tuberculose cutanée de la paupière supérieure (Archives d'Ophtalmologie, 1916-1917).
- Aubaret.* — Les lésions de l'appareil lacrymal dans les plaies de guerre (Marseille méd., 1919).
- Aubineau (E.).* — L'effondrement du canal nasal dans la cure de la dacryocystite (Archives d'Ophtalmologie, 1916-1917).
- Berlin.* — Ueber Exstirpation des Thränensacks (Sitzber. der Opht. Ges. in Heidelberg, 1868).
- Brownlie.* — A case of infection of the lacrymal sacs, maxillary antra, pharynx, tonsils, mouth and parotid glands caused by blastomyces albicans (thrush organism) (J. Laryngol. Lond., 1919).
- Chevrier et Cantonnet.* — Analgésie régionale dans la chirurgie des paupières et de l'appareil lacrymal (Archives d'Ophtalmologie, 1909).
- Colin.* — Extirpation du sac (Archives d'Ophtalmologie, 1916-1917 et 1920).
- Ducatteau (H.).* — Indications opératoires dans la dacryocystite. Thèse de Paris, 1920.
- Duhamel (A.).* — Technique opératoire pour la recherche et l'extirpation du sac lacrymal (Annales d'Oculistique. Paris, 1919).
- Duhamel.* — Cataracte et dacryocystite. Thèse de Lyon, 1920.
- Duverger.* — Anesthésie locale et chirurgie orbito-oculaire (Presse médicale, 5 août 1918).

- Duenger*. — L'anesthésie locale en ophtalmologie.
- Fava (Attilio)*. — Affection rare des voies lacrymales (Annales oculistiques, 1917).
- Fernandez (F. M.)*. — Gonococcie dacryocystitis (Am. J. Opht. Chicago, 1919).
- Frieberg (T.)*. — Ueber die Westsche intranasale Tränensackoperation (Archives J. Laryngol. u. Rhinol. Berl., 1916).
- Gérard*. — Kyste hémorragique biloculaire du sac lacrymal (Annales d'Oculistique, 1919).
- Green (J.)*. — The treatment of dacryocystitis by curettage (Thompson); supplemented by immediate rapid dilation of the lacrimonasal duct (Am. J. Ophth. Chicago, 1919).
- Morax et Desange*. — Lésions traumatiques des voies lacrymales par projectiles de guerre (Annales oculist., 1917).
- Nager*. — Ueber endonasale Tränensackoperation (Cor. Bl. f. Schweiz Aerzte. Basel, 1919).
- Paterson et Fraser*. — Dacryocystomie intranasale (Drainage du sac) par le nez (Annales oculist., 1919).
- Rochat et Benjamin*. — Ouverture endonasale du sac lacrymal d'après West. Polyak (Annales oculist., 1918).
- Rubbrecht (Raphaël)*. — La dacryocysto-rhinostomie (Archives d'Ophtamologie, 1921).
- Rollet*. — Ablation du sac (Lyon médical, 1897).
— Technique de l'ablation du sac (Congrès d'Ophtalmologie de 1921).
- Sabater (Escolano M. V.)*. — Tecnico preferible para la supresion del sacco lacrimale (Cron med. quir. de la Habana, 1919).
- Schuster*. — Traitement des suppurations du sac lacrymal (Annales d'Oculist., 1917).
- Szily (V.)*. — (Paraffine liquide contenant en suspension de l'oxyde de thorium finement pulvérisé). Radiographie des voies lacrymales.

— Diagnostic radiographique des lésions des voies lacrymales (Annales oculistiques, 1917).

Terrien. — Chirurgie de l'œil et de ses annexes.

Villars (H.). — Montpellier. Extirpation du sac (Archives d'Ophthalmologie, 1920).

— Rapport Société française d'Ophtal., 1921.

West (J. M.). — Eine Probe zur Feststellung der Funktionsfähigkeit des Tränenröhrchens (eine Canaliculus probe) und ihre (Klinische Bedeutung Ztschr. f. Augenh. Berl., 1918).

